



Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

35 | 2013

Quand la santé des femmes rejoint la lutte pour
l'égalité des droits

La santé des femmes : le lieu du combat sur le genre ?

Table ronde organisée le 7 mars 2013

Élodie Vialle, Yarom Asma Gali, Nelly Staderini, Doris Bonnet et Catherine
Giboin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2252>

ISSN : 2105-2522

Éditeur

Médecins du Monde

Édition imprimée

Date de publication : 1 juin 2013

Pagination : 10-33

ISSN : 1624-4184

Référence électronique

Élodie Vialle, Yarom Asma Gali, Nelly Staderini, Doris Bonnet et Catherine Giboin, « La santé des
femmes : le lieu du combat sur le genre ? », *Humanitaire* [En ligne], 35 | 2013, mis en ligne le 26 juillet
2013, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2252>

Table ronde

La santé des femmes : le lieu du combat sur le genre ?

Table ronde organisée le **7 mars 2013**

Animée par **Élodie Vialle**, rédactrice en chef de yophil.com

Yarom Asma Gali,
médecin pédiatre,
directrice générale des
ressources au ministère
de la Santé du Niger et
ambadrice de la
Campagne pour
l'Accélération de la
Réduction de la
Mortalité Maternelle en
Afrique (CARMMA)

Nelly Staderini,
référente Santé de la
reproduction au
département médical
de Médecins Sans
Frontières Suisse

Doris Bonnet,
anthropologue,
directrice de recherche
à l'IRD

Catherine Giboin,
responsable du groupe
santé sexuelle et
reproductive à
Médecins du Monde

Élodie Vialle

La santé des femmes est-elle un nouveau lieu de combat, de combat politique, de combat sur le genre ? C'est le sujet que nous allons essayer de traiter et il est particulièrement d'actualité à la veille de la Journée internationale de la femme. Au-delà de cette actualité, il y en a une autre, celle qui concerne les Objectifs du millénaire pour le développement à l'horizon 2015, actuellement rediscutés aux Nations unies. À cette occasion, la santé des femmes revient sur le devant de la scène et les ONG doivent d'autant plus en profiter que les États, dans le sillage des

institutions internationales, se sont emparés de cette question. Ainsi, à l'occasion des dernières Assises du développement et de la solidarité internationale, François Hollande a déclaré que la promotion des femmes serait un critère de l'aide au développement. Les ONG doivent-elles accompagner le changement social dans les pays dans lesquels elles se trouvent ? Est-ce que la prise en charge médicale des femmes, et notamment la santé sexuelle et reproductive (SSR), peut être le point d'entrée vers une réflexion plus globale sur leur place au sein de ces sociétés ?

Il faut dire que les ONG humanitaires ont longtemps, sinon ignoré, du moins mis de côté la question de la santé des femmes. Peut-être est-ce dû à leur histoire, à leur sociologie. Finalement, poser la question de la santé des femmes « bénéficiaires » des actions des ONG, c'est peut-être aussi poser celle des femmes au sein des organisations dans lesquelles elles travaillent...

Catherine Giboin, vous êtes un peu l'inspiratrice de ce débat puisque vous portez cette question depuis plusieurs années au sein de Médecins du Monde en tant que responsable du groupe santé sexuelle et reproductive. Mais ça ne fait pas si longtemps que l'association se pose la question de la santé des femmes en tant que telle...

Catherine Giboin

En effet, j'étais à la conférence de Pékin en 1995. On commençait alors seulement à parler de santé sexuelle et reproductive. Et c'est en 2010 seulement qu'on a créé un groupe de travail portant sur cette question à MdM. Bien sûr, jusqu'alors, nous avons mené de nombreux projets de santé materno-infantile (SMI), mais la question plus globale de la santé sexuelle et reproductive, en particulier dans sa dimension politique, restait à la marge. Cette différence dans le vocabulaire est essentielle. Nous avons longtemps été dans une approche très biomédicale de santé maternelle et infantile. Cela fait très peu de temps que nous parlons de contraception, du droit des femmes. C'est une prise de conscience qui s'est faite peu à peu, grâce à la militance des gens du terrain qui nous ont aidés à réfléchir. Ce qui me frappe toujours lors des réunions de ce groupe de travail qui rassemble tous les trois mois ceux qui s'intéressent à cette question – salariés, volontaires de terrain, en France, à l'international, médicaux ou pas –, c'est de voir à quel point ce qui se passe au Niger, par exemple, peut intéresser les gens qui travaillent au Népal, en Uruguay ou en France. C'est

vraiment, pour moi, un critère important dans notre travail : on a à apprendre de l'ensemble des missions, y compris dans les dimensions politiques et militantes.

Nelly Staderini

Pour moi, la question est de savoir si avoir une politisation de la santé de la reproduction représente un objectif ou un impact. À vrai dire, à Médecins sans Frontières, ce que nous mettons en avant, ce sont nos bénéficiaires, même si au niveau du mouvement MSF dans son ensemble, ce n'est pas ce que nous faisons en matière de santé de la reproduction qui ressort. Pourtant, en 2012, nous avons réalisé pratiquement 200 000 naissances et vu près d'un million de femmes en consultation anténatale et postnatale. Donc les chiffres parlent d'eux-mêmes, et quand on les présente aux instances du réseau MSF, forcément cela a un poids politique. C'est donc l'action qui va entraîner une forme de plaidoyer et pas l'inverse.

Élodie Vialle

Docteur Yarom Asma Gali, vous avez travaillé une vingtaine d'années dans le domaine de la santé au Niger. Pour vous, ce qui est important, c'est de redonner la parole aux femmes en faisant, précisément, du plaidoyer : il faut interpeller les politiques.

Yarom Asma Gali

Je pense que la santé des femmes est d'abord une affaire de femmes. Ce n'est pas quelqu'un qui va décider à leur place. Les femmes doivent être conscientes de leur devenir, de leur état de santé, même dans nos pays où les hommes ont davantage le pouvoir de décider : les femmes doivent se battre. Au Niger, nos programmes tendent surtout vers la réduction de la mortalité maternelle, mais le ministère de la Santé publique ne peut pas tout faire. C'est pour cela que j'ai toujours mis l'accent sur la scolarisation des jeunes filles. Il faut prendre la femme dans sa globalité, avoir une vision transversale qui fasse intervenir tous les secteurs, depuis l'éducation jusqu'aux transports, en passant par les finances ou la communication : chaque ministère doit apporter sa contribution pour que la femme retrouve des droits sur sa santé.

Doris Bonnet

Au-delà des seules femmes, ce sont les couples eux-mêmes qu'il faut mobiliser. Même si la santé des femmes concerne en priorité les femmes, on ne peut pas évacuer les conjoints, les frères, les pères de cette question. À défaut, les femmes seront toujours dans une sorte de clandestinité. Or c'est précisément contre cette clandestinité, ces situations de secret, de repli des femmes sur elles-mêmes et de stigmatisation qu'il faut lutter.

Élodie Vialle

Pouvez-vous nous donner un exemple de stigmatisation ?

Doris Bonnet

Dans les cas de stérilité sur lesquels je travaille, des violences familiales s'exercent contre les femmes : des insultes, des médisances, des accusations de sorcellerie, des répudiations ; des femmes sont chassées de leur village et se retrouvent dans des campements de fortune, coupées de leurs familles. Il faut donc favoriser les mouvements associatifs des femmes, pour faire en sorte de leur redonner le droit à la parole. En Afrique, par exemple, cela passe par des émissions de télévision, car c'est un média très populaire. Il permet de faire passer des informations que les couples et les familles peuvent entendre, pour ensuite en débattre entre eux. C'est la seule façon d'arriver à sortir les femmes de cette difficulté à parler entre elles, en famille et sur la place publique : il faut que la parole des femmes soit publique. Les ONG internationales et les associations locales peuvent compenser en la matière la timidité des États soumis à des lobbies, aux injonctions et aux diktats des organismes internationaux. Certes, ces derniers et les conférences qu'ils organisent – au Caire ou à Pékin – ont des impacts positifs ; au moins, il y a une parole qui passe et c'est vrai que le droit des femmes a émergé sur la place publique grâce à ces conférences. Mais en même temps, on voit bien l'écart entre les recommandations et leur application au niveau étatique. L'avortement est un très bon exemple : il y a tellement de mouvements religieux qui sont contre qu'il n'est pas rare que l'État se rétracte, si bien que rien n'est fait au final.

Élodie Vialle

Comment les ONG font-elles face à ces contraintes ?

Nelly Staderini

MSF est d'abord une organisation médicale d'urgence dont la mission est avant tout de sauver des vies, généralement dans des contextes de crise. Cela ne veut pas dire qu'on ne s'intéresse pas au planning familial, mais on ne le met pas en avant. Du coup, c'est vrai, on se retrouve dans des situations de crise avec des « baby-booms » qui, à mon avis, s'expliquent en grande partie par le fait que les gens n'ont pas eu accès à des méthodes contraceptives. On est en train de voir comment on pourrait aborder de manière un peu plus systématique le thème de la contraception, notamment en situation d'urgence. Mais il est vrai aussi qu'à Médecins Sans Frontières, on est souvent focalisés sur la question du trauma et que la contraception est souvent loin d'être la priorité.

Catherine Giboin

C'est intéressant d'entendre le point de vue de Nelly Staderini, parce que nous, à MdM, une ONG médicale également, on a la chance de travailler davantage sur des projets de long terme qui nous permettent d'aborder les choses de façon plus posée. Ceci étant dit, on ne parle de contraception que depuis quatre ou cinq ans. Les lignes bougent, y compris en interne. On reste confronté sur ce thème aux propres représentations de l'ensemble du personnel, qu'il soit expatrié ou local. Mais je pense que l'argumentaire autour de l'espacement des naissances ou de la contraception est une vraie thématique santé, notre cœur de métier : on sait que ça contribue à l'amélioration de la santé des femmes et des enfants. Pour autant, il faut le nourrir de l'argumentaire plus global sur le droit des femmes à décider. Je suis un peu inquiète parfois quand je vois revenir la question de la démographie, parce que c'était déjà le cas quand on a commencé à parler de contraception il y a vingt-cinq ou trente ans, et on sait quelles catastrophes cela a provoqué. Aujourd'hui, il faut déconstruire ces représentations sur la question contraceptive.

Élodie Vialle

Donc, la question du contrôle des naissances...

Catherine Giboin

Absolument. Il ne s'agit nullement pour nous de contrôler la démographie dans tel ou tel pays en faisant miroiter des théories malthusianistes ou autres. C'est bien de la santé et du droit des femmes dont on parle, et pas de la population.

Élodie Vialle

Docteur Asma, au Niger, comment on aborde cette question de la contraception, de la planification familiale ?

Yarom Asma Gali

Effectivement, quand on a commencé à aborder la question de la planification familiale au Niger dans les années 1980, il était vraiment difficile pour les agents de la santé d'en parler sans que les leaders religieux viennent les maudire. Mais aujourd'hui, grâce au travail que nous avons réalisé avec eux, grâce à des voyages d'étude au Maroc, en Algérie ou en Tunisie, nous sommes arrivés à une meilleure compréhension mutuelle. Désormais, le public nigérien est habitué à me voir à la télévision pour participer à des débats sur la planification familiale et même la maîtrise de la croissance démographique avec ces leaders religieux. Car il ne faut pas se voiler la face : au Niger, nous avons une moyenne de 7,6 enfants par femme – soit l'indice synthétique de fécondité le plus élevé du monde – et un taux de croissance démographique de 3,3 %. Tous les efforts que le gouvernement et ses partenaires techniques et financiers feront pour accompagner les infrastructures sanitaires ou scolaires seront anéantis par cette croissance démographique qui n'est pas en adéquation avec la croissance économique. Nous sommes obligés de parler de cela pour que les gens comprennent que nous avons besoin de maîtriser notre croissance démographique si nous voulons vivre de manière décente et avoir des enfants en bonne santé que nous pourrions nourrir et éduquer.

Élodie Vialle

Concrètement, comment avez-vous vous avancé avec les communautés religieuses ?

Yarom Asma Gali

Dans un premier temps, comme je l'ai dit, nous avons proposé aux leaders religieux d'échanger avec leurs homologues de pays où la contraception ne pose pas de problème, comme la Tunisie et le Maroc. Ensuite, nous avons travaillé avec eux dans le cadre même de notre Livre Saint, le Coran, regardant verset par verset ce que dit le texte sur cette question. Nous avons alors élaboré un document que nous avons appelé *L'Argumentaire islam et planification familiale* sur lequel

nous nous appuyons pour faire de la sensibilisation sur la planification familiale. Et ce sont des leaders religieux eux-mêmes qui font ce travail, expliquant à la population que, pour sa santé et celle de ses enfants, une femme a besoin d'espacer les naissances. Ils ont maintenant à leur disposition des éléments convaincants pour dire que la religion n'est pas contre la planification familiale.

Élodie Vialle

Que ce soit pour la scolarisation des jeunes filles ou la sensibilisation à la planification familiale, tout cela relève d'une certaine manière du plaidoyer, à l'image du travail que font les ONG. Mais on peut se poser la question, Nelly Staderini : est-ce que cela relève du mandat des ONG de faire du plaidoyer pour la santé des femmes ? Ou bien, de ce point de vue là, y a-t-il une position différente selon les ONG, par exemple entre Médecins Sans Frontières et Médecins du Monde ?

Nelly Staderini

Non. Autant Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières connaissent encore pas mal de divergences, autant il y a un point sur lequel elles sont d'accord et c'est bien le mandat de « soigner-témoigner ». Je me pose davantage de questions sur la manière de faire ce plaidoyer. Qu'un État propose à sa population une discussion sur l'aspect démographique, je n'y vois aucune objection, mais je dirais que ce n'est pas le problème des ONG et qu'elles doivent même prendre garde à ne pas se mêler de cette affaire-là. C'est probablement parce qu'il y a eu cette confusion que, dans certains pays, on a connu un échec en matière de planning familial. L'autre échec, selon moi, a été de vouloir faire évoluer le droit des femmes en ne parlant qu'à ces dernières. Je pense qu'on aurait dû parler aux hommes et aux femmes. Pendant longtemps, on a voulu parler aux seules femmes et maintenant, on parle au couple mère-enfant. Est-ce que l'homme va devoir rester encore longtemps absent de cette histoire ? À mon sens, on fait beaucoup plus de mal que de bien en laissant les hommes de côté. C'est une question sur laquelle les ONG doivent réorienter leur action de plaidoyer. Mieux encore, il nous faut rétablir le dialogue entre les hommes et les femmes. Les ONG ont leur part de responsabilité en la matière, à commencer par Médecins Sans Frontières, une ONG médicale qui, à

ce titre, s'intéresse au patient dans sa dimension davantage individuelle que relationnelle. Pensons à l'exemple du VIH, une question sur laquelle nous sommes pionniers ; et pourtant, nous soignons des patients individuels, alors que c'est « la » maladie de la relation par excellence. Là aussi, je pense que c'est une grave erreur. Je suis partie en mission au Pakistan en 1999 avec Médecins du Monde en tant que sage-femme. C'était il y a quinze ans, et pourtant on parlait déjà de contraception aux hommes. C'était extraordinaire, on avait même organisé des réunions avec des femmes d'un côté et des hommes de l'autre. Chaque groupe devait élire un représentant pour s'occuper des problèmes liés à l'accouchement. Les hommes étaient aussi impliqués, notamment dans le transport, pour améliorer l'accès aux soins obstétricaux d'urgence. C'était vraiment très pionnier.

Yarom Asma Gali

Si, au Niger, nous avons axé nos interventions sur les femmes, c'est parce qu'on doit mettre d'abord l'accent sur l'éducation des jeunes filles : plus elles seront éduquées, plus elles pourront gagner leur autonomie. Mais je suis d'accord avec ce que disait Nelly Staderini, à savoir qu'il ne faut pas exclure les hommes, ne serait-ce que parce que – en particulier dans le contexte africain – ce sont eux qui détiennent bien souvent le pouvoir de décision. C'est pourquoi nous avons expérimenté dans certaines de nos régions ce que nous avons appelé « l'école des maris » où la communauté tout entière détermine elle-même les critères du mari modèle : celui qui ne bat pas sa femme, qui l'aide dans les tâches quotidiennes, lui permet de participer à des activités associatives, lui permet de sortir tout simplement. La communauté a ainsi choisi neuf maris modèles qui se réunissent régulièrement et travaillent en collaboration avec les structures de santé de la région. Cette expérience démontre clairement qu'en impliquant les hommes, en leur expliquant, on lève les barrières qui empêchaient jusqu'alors les femmes de se rendre dans les structures sanitaires. Dans les régions comprenant une « école des maris », nous avons vu les indicateurs de la santé et de la reproduction être multipliés par deux, voire trois ou quatre. Nous avons vu des maris accompagner leur femme à la consultation de planification familiale, puis vérifier eux-mêmes

qu'elle prenait la pilule ou que les enfants avaient été vaccinés. Dans le village où l'on a implanté « l'école des maris », c'est la communauté qui inflige une sanction de 5 000 à 10 000 francs CFA au mari qui accepte que sa femme accouche à domicile.

Élodie Vialle

On voit bien qu'on est là au-delà du médical parce qu'une meilleure prise en charge médicale des femmes passe par ce que l'on a appelé le « renforcement des capacités » des femmes dans d'autres secteurs, comme l'éducation ou la finance. Est-ce que les ONG médicales n'auraient pas intérêt à se rapprocher d'initiatives portées par d'autres organisations œuvrant en ce sens ?

Nelly Staderini

Mais on le fait déjà ! Même dans les contextes d'urgence, l'éducation à la santé fait clairement partie de notre action. Mais attention, en effet, à ne pas éduquer que les femmes. Pour reprendre l'exemple du VIH, ce qui s'est passé en matière de transmission du virus de la mère à l'enfant est proprement phénoménal. Prenons le cas du Swaziland, le pays qui connaît la prévalence la plus importante au monde avec près de 40 % des femmes enceintes atteintes par le VIH : dans sa grande majorité, faute de messages en ce sens et notamment à destination des hommes, la population ne sait pas que le père peut transmettre le VIH à son enfant via la mère et imagine au contraire que seules les femmes transmettent la maladie. Autre exemple dans les camps de réfugiés où l'on a majoritairement des femmes et des enfants : de plus en plus d'ONG menant des programmes contre les violences sexuelles aident les femmes à développer des stratégies pour éviter de se retrouver dans des situations à risque. Or des études ont montré que cet *empowerment* des femmes – par l'éducation, par la microfinance – peut déséquilibrer la relation entre maris et femmes. Certes, de cette manière, on a réduit les cas d'agressions sexuelles par des inconnus, mais on a fragilisé les maris au sein du couple, si bien qu'on a pu voir une augmentation des violences domestiques. Cela reste encore très tabou dans les ONG, car on ne sait pas comment traiter ces violences intrafamiliales. Il faut donc faire attention : tout ce qu'on fait pour rendre la femme plus forte a forcément un impact chez les hommes. C'est bien pour cela qu'il faut vraiment les impliquer dès le départ.

Élodie Vialle

Vous parlez en quelque sorte d'une ligne à ne pas franchir entre les actions de sensibilisation, d'éducation ou de prise de parole qui vont favoriser la prise en charge médicale des femmes et celles qui risquent de bouleverser des cultures locales ou des équilibres locaux. Cela renvoie, pour les ONG, à ce débat sur le néocolonialisme : est-ce qu'on n'impose pas les valeurs d'un monde à un autre ? Doris Bonnet, quel regard l'anthropologue que vous êtes porte-t-elle sur ce sujet ?

Doris Bonnet

Avant de répondre à votre question, je voudrais d'abord dire que la santé des femmes ne doit pas être seulement celle des femmes mariées. Or l'un des points d'achoppement des structures de planification familiale, c'est précisément que beaucoup d'entre elles s'adressent uniquement aux femmes mariées. Et quand une jeune femme non mariée s'y présente, on lui dit de revenir quand elle aura eu son premier enfant. C'est dire s'il y a quand même un petit problème pour admettre qu'une jeune femme puisse avoir des relations sexuelles par désir et non par devoir. Or, en la matière, tout se joue entre ces deux notions : est-ce qu'on peut admettre la notion de désir d'enfant, d'autonomie ou tout simplement d'une vie sexuelle sans procréation ? Car si l'on est constamment dans cette notion de devoir, le débat tourne court.

Pour revenir à votre question sur la possible imposition de valeurs, je pense que l'émergence des classes moyennes en Afrique est sous-estimée par les chercheurs et peut-être même par les ONG. Les nouveaux moyens de communication auxquels ces classes moyennes ont de plus en plus accès sont de toute façon en train de véhiculer des valeurs qui sont communiquées à l'ensemble des familles et des foyers d'Afrique. Plus largement, il faut prendre en compte les facteurs d'innovation : aujourd'hui, les gens reçoivent l'information, mais ils voyagent aussi volontairement ou contraints par la situation économique. Dans ces conditions, dire qu'on impose des valeurs, c'est ne pas reconnaître aux gens leur capacité à bouger, à absorber et à transmettre eux-mêmes des valeurs qu'ils peuvent d'ailleurs modifier à leur convenance. C'est donc rester sur un schéma « à l'ancienne » que de dire que l'on impose des valeurs. C'est plus compliqué que cela, plus subtil aussi : on observe une sorte de pluralisme des valeurs. Dans le travail que je mène actuellement au Cameroun, je me rends

compte que deux modèles de reproduction coexistent : la classe moyenne tient un discours qui peut être dévalorisant et critique envers la classe plus pauvre des villageoises où il n'y a pas, ou à moindre échelle, de maîtrise de la fécondité par exemple. Mais il existe aussi un discours critique de ces classes défavorisées envers les classes moyennes qu'elles accusent de manquer de solidarité. La question de la solidarité et des inégalités sociales se pose au sein même des familles : dans chaque famille, les membres adhèrent à des modèles familiaux différents. On est loin d'un schéma binaire. Mais quoi qu'il en soit, la santé des femmes est une entrée fondamentale pour interroger le genre et les relations de pouvoir.

Yarom Asma Gali

Je voudrais revenir sur la question de l'autonomisation des femmes, car il faut faire très attention. Dans nos communautés, c'est l'homme le chef de famille. C'est sur lui que reposent normalement toutes les dépenses. Nous avons vu venir dans nos pays des ONG désireuses de faire la promotion de la femme. Par exemple, l'une d'elles est venue dans le village, elle a réuni les femmes, a demandé à chacune d'elles ce qu'elle voulait faire. L'ONG leur en a donné les moyens. La première année, ça a bien marché : les femmes ont obtenu des produits de leurs cultures. Mais la deuxième année, tout s'est arrêté. Pourquoi ? Les hommes ont fait remarquer que leurs femmes avaient fini par avoir plus de moyens qu'eux, qu'elles les méprisaient alors que c'étaient eux qui avaient donné les champs à leurs femmes – dans certaines de nos communautés, les femmes n'ont pas le droit d'avoir la possession des terres. Alors les hommes ont repris leurs champs. Voilà pourquoi le projet a échoué. C'est une façon de dire que, si on veut aider les femmes, il faut comprendre la structure de la société, comprendre la structure de la famille, au risque de créer d'autres problèmes. C'est pour cela que j'insiste sur la scolarisation des jeunes filles parce que c'est ce qui va régler la majorité des problèmes des femmes.

Je voudrais également revenir sur le problème des jeunes et des adolescents, car ils sont les grands absents de la plupart de nos programmes. Or, comme le soulignait Doris Bonnet, les jeunes filles ne peuvent se rendre dans un service de planification familiale au risque d'être rejetées par la société. Mais c'est pour cela que nous voyons des adolescentes qui pratiquent des

avortements clandestins, voire des infanticides et se retrouvent ensuite en prison. Nous devons donc faire en sorte que les structures sanitaires soient adaptées aux jeunes. Au Niger, nous avons commencé à aménager les locaux de manière à ce que les jeunes filles puissent avoir accès aux services de santé reproductive sans être stigmatisées. Nous avons aussi ouvert une « ligne verte » que l'adolescent peut appeler pour obtenir des informations en lien avec la santé reproductive.

Catherine Giboin

L'approche « genre » nous oblige à réfléchir sur les relations de pouvoir. On aura fait un grand pas quand on sera sorti des logiques en vertu desquelles on voit les femmes soit comme des « populations bénéficiaires » – dans le meilleur des cas –, soit comme des « populations vulnérables », soit comme des « victimes » – le pire sans doute que l'on puisse faire. On pourra alors développer une réflexion plus globale qui mette en jeu les relations de pouvoir.

Nelly Staderini

Je n'ai pas de problème avec le fait qu'on se mette à réfléchir en matière de genre parce que, comme je l'expliquais pour le VIH ou la contraception, on est très clairement passé à côté de cette dimension. En revanche, les ONG restent quand même avec un mandat qu'elles ne doivent sans doute pas outrepasser. En tout cas, celui de Médecins Sans Frontières est très clair et lui enjoint de rester sur le soin individuel. Il peut certes avoir un impact sur des changements de société ou de comportements, mais ce n'est pas notre objectif premier.

À Médecins Sans Frontières, on a de plus en plus de données sur ce que l'on fait, mais on manque d'outils pour les analyser. Pour le moment, on peut simplement dire le nombre de consultations qu'on a en matière de planification familiale alors qu'il serait intéressant de connaître, par exemple, le nombre de femmes adolescentes ou de femmes venues pour un implant après plusieurs années de pilule et un enfant. C'est par ces informations et une analyse extrêmement contextuelle que l'on pourra comprendre dans quelle culture on travaille et sur quels leviers on peut agir. On est encore très loin du compte.

Élodie Vialle

Un article très intéressant de Carla AbouZahr de l'OMS¹ démontre que le taux de mortalité maternelle des États-Unis est passé, entre 1900 et 2000, de 700 à moins de 10 décès pour 100 000 naissances. L'auteur explique que c'est la reconnaissance sociale, économique et politique de la femme, mais également l'implication du personnel médical dans cette reconnaissance qui a finalement favorisé cette diminution du taux de mortalité maternelle...

1. Carla AbouZahr, « Safe Motherhood : a brief history of the global movement 1947-2002 », *British Medical Bulletin*, vol. 67, 2003, p. 13-25.

Catherine Giboin

La mortalité maternelle représente en effet un excellent indicateur des inégalités de santé. Or aux États-Unis – un modèle en matière d'inégalités – la mortalité maternelle a effectivement diminué drastiquement en un siècle. On voit que c'est bel et bien la volonté politique et l'implication des professionnels de santé relativement au statut de la femme qui font toute la différence. On sait aujourd'hui ce qu'il faut faire pour éviter un décès maternel et l'on estime d'ailleurs que 80 à 90 % des décès maternels qui surviennent – une violation des droits humains selon le Conseil des droits de l'homme des Nations unies – seraient évitables. Pour autant, rien n'est jamais gagné : la dernière décennie a montré qu'aux États-Unis, le taux de mortalité maternelle que vous évoquiez – aux alentours de 10 décès pour 100 000 naissances – avait de nouveau augmenté durant la dernière décennie pour tourner autour de 20 à 25 pour 100 000.

Yarom Asma Gali

Le Niger est un pays où la mortalité maternelle est très élevée, de l'ordre de 554 décès pour 100 000 naissances : toutes les deux heures, une femme y décède des suites de l'accouchement ! L'implication du personnel de santé, des structures sanitaires, du politique est essentielle, mais il faut aller au-delà : c'est vraiment à partir de la communauté que tout se joue. Le plus gros blocage que nous connaissons, c'est celui de la décision d'emmener une femme enceinte qui a commencé le travail à aller dans la structure sanitaire, car cette décision ne lui revient pas. C'est le mari, ou la belle-mère s'il n'est pas là, qui va décider si l'on emmène la femme à l'hôpital ou si elle va accoucher à domicile. Au Niger, aujourd'hui, 70 % de nos accouchements se passent à la maison. C'est bien le signe que nous devons d'abord agir dans la

communauté pour faire passer le message qu'il est important d'aller vers les structures sanitaires.

Nelly Staderini

Je ne le conteste pas, mais quand on voit la spectaculaire progression de l'Éthiopie ces dernières années en matière de réduction de la mortalité maternelle, c'est parce qu'il y a eu une véritable volonté de mettre en place un certain nombre de stratégies. Au Niger, où nous avons une mission, il arrive que la communauté nous demande d'emmener dans nos voitures des femmes pour les conduire au centre de santé public. Pourtant, elles peuvent y perdre la vie parce que les personnels ne sont pas suffisamment formés ou parce qu'ils n'ont pas les médicaments nécessaires. Il va donc bien falloir agir aussi à ce niveau structurel à un moment, car les gens de la communauté finiront par venir dans ces centres, ne serait-ce que parce qu'ils ont la télévision et qu'ils voient bien ce qui se passe ailleurs. Mais c'est aussi souvent parce que la population n'a pas confiance dans le système de santé, particulièrement dans les sages-femmes qui n'accueillent pas toujours bien les femmes ou ne font pas attention à la confidentialité, qu'elles sont réticentes à venir accoucher dans les structures de santé.

Yarom Asma Gali

Je me suis justement inspirée de l'expérience de l'Éthiopie que nous connaissons très bien au Niger pour y être allés. Nous avons répliqué certaines de leurs mesures. Ils sont intervenus au niveau communautaire en créant près de 30 000 postes d'agents de santé communautaires dans tout le pays. C'est vraiment la combinaison de toutes ces stratégies à l'échelle du Niger qui permettra de réduire la mortalité maternelle.

Élodie Vialle

On parle beaucoup des femmes bénéficiaires, mais qu'en est-il de la place des femmes au sein même des ONG ? Quand on repense à l'histoire du mouvement humanitaire français, la part belle est faite à ces médecins, hommes blancs se penchant au chevet des populations démunies... Du coup, n'est-ce pas aussi difficile de faire avancer cette question-là au niveau des femmes salariées ou volontaires des ONG ?

Nelly Staderini

Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières ont au moins déjà eu chacun une femme présidente... Cela montre que les femmes peuvent arriver très haut dans la hiérarchie des structures. Pour autant, est-ce que cela a changé quelque chose ? Je n'en suis pas tellement sûre et surtout je ne crois pas que l'histoire des femmes doive s'écrire uniquement avec des femmes ou que les femmes doivent avoir le pouvoir pour défendre les femmes. À Médecins Sans Frontières, une des personnes qui a le mieux porté le dossier des femmes jusqu'à maintenant, c'est le directeur médical de la section belge qui est un homme. Personnellement, je ne veux pas m'enfermer dans ce discours.

Catherine Giboin

Je vois les choses un peu différemment. Historiquement, nos « pères fondateurs » étaient effectivement des hommes, mais quand j'entends parler de « la nécessaire testostérone pour partir en mission », je pense que les représentations du monde médical – en gros des hommes médecins et des femmes infirmières – ont de beaux jours devant elles. Et ce n'est pas le pourcentage de femmes présentes dans les conseils d'administration des grandes ONG qui va changer les choses... En revanche, j'ai remarqué – notamment à Médecins du Monde, quand on a commencé à parler d'IVG – qu'il y avait aussi peut-être un problème générationnel : les jeunes médecins considéraient cela comme relativement acquis, contrairement à leurs aînés... De fait, les gens qui ont milité à Médecins du Monde pour l'IVG ont plus de 60 ans.

Élodie Vialle

Vous parlez de l'IVG. Je me demande justement : le combat pour les femmes, aujourd'hui, c'est la contraception ou l'avortement ?

Yarom Asma Gali

Pour moi, en tant que femme nigérienne, je pense que c'est l'accès à la contraception. Il faut vraiment prévenir pour ne pas être obligé de pratiquer l'avortement, qui reste un acte lourd. Il faut donc que les femmes – que ce soit l'adolescente, la jeune fille ou la femme en couple – aient accès facilement à l'information et aux différentes solutions possibles. C'est un sujet très sensible aujourd'hui dans nos pays, au Niger particulièrement : si vous venez y parler d'avortement, c'est sûr que ça ne

va pas passer, même si nous avons ouvert des centres de soins post avortement afin de venir en aide aux femmes qui le pratiquent. La planification familiale est à l'inverse une solution pour éviter d'arriver à l'avortement, puisque celui-ci n'est pas autorisé au Niger.

Nelly Staderini

Le débat sur l'avortement est problématique parce que, bien souvent, on ne sait pas de quoi on parle. Il existe un avortement précoce, un avortement tardif, un avortement qui est en fait une fausse couche, un avortement volontaire de la femme, etc. Aujourd'hui, on fait un amalgame entre ces différentes situations. Quand on parle des soins post avortement, ils s'adressent aussi bien à des femmes ayant connu des fausses couches – et pour qui ce n'était donc pas un choix – qu'à des femmes ayant souhaité, en pleine connaissance de cause, mais certainement pas par plaisir, d'arrêter une grossesse. Pourquoi aujourd'hui, dans certains pays, accepte-t-on la contraception et pas l'avortement ? Parce qu'on accepte un espacement des naissances, mais on ne supporte pas l'idée du droit à choisir la non-naissance, un choix qui est lié au désir d'avoir un enfant et non pas au devoir.

Élodie Vialle

Quelle doit être alors la position des ONG qui veulent intervenir dans un pays où l'avortement est interdit ? Dans un centre de Médecins du Monde en Haïti, on m'a affirmé qu'on refusait de pratiquer les avortements, mais qu'on acceptait d'aider les femmes qui en avaient pratiqué et connaissaient des complications. Est-ce qu'il n'y a pas une certaine hypocrisie à raisonner ainsi ?

Nelly Staderini

Je ne crois pas qu'il y ait de l'hypocrisie, même si on ne peut pas toujours tout dire. C'est le même problème que la présence « clandestine » de Médecins Sans Frontières en Syrie : le gouvernement sait qu'on est là, il n'est pas d'accord, mais il ferme les yeux. D'une certaine manière, c'est la même chose quand la loi nationale interdit l'avortement. Si je prends l'exemple de l'Amérique latine, la stratégie de MSF ne sera jamais de faire un petit centre où l'on pratiquera des avortements. En revanche, on choisira de s'installer dans des structures d'État où l'on sait bien que c'est interdit – donc on ne le pratique pas – ,

mais on précise que pour MSF, cela fait normalement partie des soins proposés dans nos protocoles. Et peu à peu, on essaie de le faire accepter par le ministère concerné. On se situe là davantage dans une logique de politisation du débat, en prenant en compte la situation politique et culturelle du pays pour faire avancer les choses. Mais que ce soit pour l'avortement ou autre chose, je conclurais sur la notion de légitimité : si les ONG médicales ont une certaine légitimité en termes de soins, en matière de changements culturels, on trouve les limites de notre légitimité.

Catherine Giboin

Je pense quant à moi qu'on est en position de soutenir des actions qui contribuent au changement social, même s'il faut effectivement prendre en compte les contextes. À quelques exceptions près dans le monde, il existe toujours une petite marge de liberté pour pratiquer des IVG, selon le contexte légal pas toujours très clair et pour appuyer les professionnels de santé nationaux qui peuvent craindre de se placer dans l'illégalité. Tout dépend aussi des organisations qui existent au niveau national et avec lesquelles on peut travailler. On peut aider à faire avancer les choses, mais ce ne seront jamais ni MdM, ni MSF qui pourront porter de façon unilatérale ce genre de combat.

Élodie Vialle

Nous allons maintenant donner la parole au public.

Intervention dans la salle – Anne Demange, étudiante en master de Coopération internationale à Paris 1

La couverture sanitaire universelle est finalement très liée à toutes ces questions de pouvoir de décision au sein du couple. Est-ce que la gratuité des soins ne constitue pas un levier suffisant pour agir sur la santé des femmes ? Quelle est votre position là-dessus ? Est-ce que vous essayez d'intégrer dans vos actions de plaider l'idée d'une couverture sanitaire universelle en lien avec les questions de genre ?

Yarom Asma Gali

Au Niger, la couverture sanitaire a longtemps été très faible puisque, avant 2006, un Nigérien sur deux avait accès aux services de santé de base. En 2006, nous nous sommes lancés dans une politique de gratuité pour le couple mère-enfant, d'abord pour la césarienne,

ensuite pour les soins aux enfants de moins de 5 ans, enfin pour la consultation prénatale, la planification familiale et la prise en charge des cancers gynécologiques. Pour le Niger, c'est une démarche importante que nous sommes en train de suivre et qui a, dès à présent, permis de lever la barrière financière et de multiplier par deux, voire davantage, nos indicateurs de santé.

Catherine Giboin

De nombreux mécanismes d'exemption ont été mis en place en Afrique, mais aussi en Asie. Ils représentent une partie du processus futur de couverture médicale universelle. C'est l'un des deux axes de plaidoyer de Médecins du Monde, en particulier à destination des femmes enceintes et des enfants. Le premier projet de Médecins du Monde en ce sens s'est d'ailleurs développé au Niger en 2006, et cela a vraiment eu un impact positif sur les indicateurs sanitaires et la fréquentation des centres. Certes, cela peut aboutir à une augmentation considérable de la fréquentation des centres de santé, mais c'est bien parce que les besoins existent. La pression sur les systèmes de santé doit donc être prévue, accompagnée et cela renvoie à cette question que j'évoquais : comment ces expériences de gratuité vont-elles venir nourrir la réflexion en cours sur la couverture médicale universelle ?

Nelly Staderini

Il faut tout de même préciser que la gratuité est un terme trompeur : c'est un mécanisme différent de gestion de l'argent dévolu au champ sanitaire. Ça marche au Niger, semble-t-il, mais le Tchad est, par exemple, en échec. Beaucoup d'argent est arrivé au niveau du pouvoir central, mais il ne redescend pas sur les structures sanitaires. On arrive donc à une situation paradoxale où des structures sanitaires qui s'autogérait tant bien que mal, mais parvenaient avec de petits budgets à acheter des médicaments, sont désormais totalement démunies parce que leurs factures ne sont pas honorées par le ministère, si bien qu'elles n'ont plus de médicaments. Potentiellement, c'est une catastrophe.

Intervention dans la salle – Alexandrine Saligari, sage-femme, volontaire pour Médecins du Monde

Je voudrais réagir au propos de Nelly Staderini faisant le lien entre émancipation des femmes et

augmentation des violences domestiques. J'ai passé un mois dans le camp de Zaatari en Jordanie et je peux vous assurer que, même sans l'émancipation des femmes, la violence domestique est très importante. Je pense qu'il ne faut vraiment pas avoir peur de dire que la grande majorité des femmes dans le monde vit dans des sociétés patriarcales où la domination masculine est omniprésente. Les violences faites aux femmes constituent un des fondements de cette oppression et le révélateur extrême de toutes ces inégalités entre les hommes et les femmes.

Par ailleurs, c'est vrai qu'on a toujours peur d'être traités de néocolonialistes, mais on pratique alors une sorte de relativisme culturel qu'il faut, à mon avis, à tout prix refuser au risque d'accepter des pratiques – je pense aux mutilations sexuelles – totalement contraires au droit des femmes.

Enfin, je ne peux qu'être d'accord avec ce que vous avez dit par rapport à l'éducation : si les jeunes filles terminent l'éducation secondaire, la mortalité maternelle et la mortalité infantile baissent. Il est évident que le droit des femmes est à la frontière entre la santé, le social, l'éducation... L'égalité passe par l'émancipation économique et politique des femmes, mais surtout par le droit des femmes à disposer de leur corps, c'est-à-dire les droits sexuels et reproductifs. Je finirai par le propos qu'a tenu la ministre française des Droits des femmes, Najat Vallaud-Belkacem, lors de la 50^e session de la Commission de la condition de la femme : « La négation de ces droits est trop souvent la première expression des violences qui sont exercées à l'encontre des femmes, dès lors qu'elles se traduisent par le contrôle de leur corps ou sa contrainte, et les liens entre la lutte contre les violences faites aux femmes, l'accès au droit et à la santé sexuelle et reproductive, mais également une prévention plus efficace du VIH/sida sont aujourd'hui très clairement mis en lumière. »

Intervention dans la salle - Marie-Pierre Martinet, secrétaire générale du planning familial

Je pense qu'il y a une confusion intellectuelle sur la notion de genre. Le genre, ce n'est pas s'adresser aux hommes et aux femmes ; cela renvoie à la manière dont les assignations aux rôles sociaux que la société impose aux hommes et aux femmes joue dans leur relation. On entend

souvent l'expression « faire du genre », mais ça ne veut pas dire grand-chose. Quand on intervient, en matière d'accès à la contraception pour les femmes, mais aussi pour les hommes, la question est bien celle de cette assignation aux rapports sociaux de sexe et au rôle que la société impose à chacun des deux sexes. C'est là-dessus qu'on est obligé de travailler pour permettre aux femmes de négocier avec leurs partenaires, par exemple, le port de ce préservatif.

Intervention dans la salle

Comment des ONG médicales comme MdM ou MSF abordent-elles les questions de mutilations sexuelles ou le viol ? À quel point pouvez-vous traiter de ces questions qui touchent à la santé, mais qui sont aussi éminemment politiques ?

Nelly Staderini

À Médecins Sans Frontières en tout cas, on est très clairs là-dessus : on aborde ces questions uniquement sous l'ordre médical dans le but de réduire la mortalité et les morbidités liées à ces actes et pratiques.

Catherine Giboin

La position de Médecins du Monde est différente. Nous sommes à la fois sur un argumentaire médical et un soutien à des organisations militantes dans les pays qui travaillent sur ces questions-là. J'avoue que, personnellement, j'ai un peu de mal avec la notion de frontière entre le médical et le politique. J'apprécie beaucoup la formule du professeur Mahmoud Fathallah, un éminent gynécologue égyptien, longtemps icône de la lutte contre la mortalité maternelle, qui dit en substance que si on lui demandait aujourd'hui de faire une prescription pour une femme, il écrirait une seule chose sur l'ordonnance : le mot « pouvoir »... Pour moi, la médecine est fondamentalement politique.

Yarom Asma Gali

Sans tomber dans le relativisme culturel, je pense qu'il faut contextualiser les problèmes de violence. Lorsque nous avons fait l'enquête démographique de santé en 2006 au Niger, 50 % des femmes avaient répondu qu'elles comprenaient que leurs maris les battent quand elles avaient fait quelque chose d'anormal. Si ces femmes pensent cela, c'est parce qu'elles ont été éduquées en ce sens. Pourtant, nous disposons maintenant de structures pour recenser et lutter contre

les violences faites aux femmes. Ainsi, dans notre loi de la santé et de la reproduction, les viols ouvrent le seul cas où l'IVG est autorisée. C'est une façon de faire passer des messages.

Nelly Staderini

C'est là où j'en reviens à la notion de légitimité. En matière de mutilations génitales, notre politique à Médecins Sans Frontières est de désinfibuler, en général au moment de l'accouchement, et de ne pas ré-infibuler après. C'est un message que nous véhiculons pendant les grossesses, à l'occasion de groupes de discussion avec les femmes, et ce n'est pas remis en question par les femmes elles-mêmes qui, généralement, ne se font pas ré-infibuler ensuite. Notre rôle d'éducation, en matière de santé, est ici fondamental et, à vrai dire, efficace. Tout est question de savoir à quel niveau on situe la politisation du débat. Certes, Médecins Sans Frontières est une organisation éminemment politique, même si on ne l'affiche pas en tant qu'objectif. Pour les infibulations, nous n'allons donc pas appuyer des associations luttant contre cette pratique, parce que c'est une question culturelle sur laquelle nous ne sommes pas neutres et encore moins légitimes. Qui sommes-nous pour dire comment se comporter ? En revanche, en remettant le débat au niveau médical, en évoquant les conséquences de telles pratiques, on arrive à faire bouger les choses.

Intervention dans la salle – Doctorante en Sociologie à l'École normale supérieure

Je prépare une thèse portant sur l'impact de l'émigration sur la santé mentale, à partir de l'exemple des migrants chinois et de leurs descendants à Paris. On a peu parlé de l'effet psychologique des violences sur la santé mentale des femmes. Est-ce que Médecins du Monde intervient sur la santé mentale de telle ou telle population ?

Catherine Giboin

Effectivement, nous avons des projets de santé mentale. La question des violences nécessite en effet une approche globale qui inclut le médical, y compris la santé mentale, et le légal. Le travail en partenariat avec des organisations locales capables de fournir une aide aux femmes est essentiel. Il en va de même des approches « communautaires ». Ainsi, au Liberia, nous avons mené un travail avec des femmes ayant subi des violences qui prenaient en charge de « jeunes » victimes.

Doris Bonnet

La psychiatrie est un peu le parent pauvre de la santé en Afrique, alors que c'est une discipline qu'il faudrait développer. L'approche communautaire est parfois dangereuse en ce que l'on tombe assez vite dans le relativisme culturel, par exemple avec la prise en charge de malades par des guérisseurs traditionnels suivant des méthodes quelquefois extrêmement violentes. Les rituels ont une fonction symbolique certes précieuse, mais ils peuvent devenir vraiment dangereux pour le patient quand ils s'accompagnent, par exemple, de pratiques de contention pour immobiliser le corps et le priver de toute liberté de déplacement. De bonnes expériences associent des psychiatres hospitaliers à des thérapeutes traditionnels. En tout cas, elles évitent de tomber dans les travers du relativisme culturel.

Nelly Staderini

À MSF, nous avons un protocole médical de prise en charge des violences sexuelles dans lequel nous avons inclus cette dimension de la santé mentale. En revanche, on se rend compte que dans les contextes d'urgence, comme aujourd'hui en Syrie ou au Liban, il n'est pas facile de laisser une place à cette forme de prise en charge.

Intervention dans la salle – Sandrine Simon, Médecins du Monde

Je travaille sur la santé sexuelle et reproductive. Je trouve qu'on a peu abordé la parole des femmes et de fait, nous autres ONG, c'est peut-être un élément important qu'on oublie trop souvent dans nos interventions. Mesurer la satisfaction des usagers de nos services n'est pas aisé. Il y a toute une partie de la population qui ne vient pas dans nos services de santé et il faudrait trouver des mécanismes pour interroger nos interventions en donnant la parole aux femmes, à la population en général.

Doris Bonnet

Au Cameroun où je travaille actuellement sur l'assistance médicale à la procréation, beaucoup de femmes me disent qu'elles ne peuvent pas parler. C'est vrai qu'il y a une chape de plomb sur la difficulté à parler de ses problèmes de santé, de ses difficultés familiales. À la fin des entretiens que j'ai avec ces femmes, je leur demande toujours : « Est-ce qu'il y a une question que j'ai oublié de vous poser ? » Et

souvent, les femmes me disent : « Parlez de nous, allez dire tout ce que je viens de vous dire, parce que, moi, je ne peux pas le dire publiquement. » D'une certaine manière, elles demandent aux chercheurs d'être un peu leur porte-parole. Même si ça fait trente ans que je parcours l'Afrique, c'est quelque chose qui m'a surpris et ému.

Intervention dans la salle

J'ai l'impression qu'on laisse un peu trop la femme dans son rôle de mère, alors que ce n'est pas que cela, une femme. Du coup, les inégalités de genre en matière de santé ne concernent pas uniquement la maternité ou même la sexualité. Je pense qu'il serait bon d'ouvrir le débat au fait que les inégalités de genre peuvent pénaliser aussi les femmes dans l'accès à la santé de manière générale : une femme peut aussi avoir le paludisme, une grippe, etc. Par ailleurs, suivant le concept d'intersectionnalité, il faudrait penser les inégalités pour les femmes en englobant les inégalités sociales, économiques, de classe, d'origine car elles sont interdépendantes les unes des autres : isoler le genre, ça peut aussi l'affaiblir.

Catherine Giboin

Quand on parle de mortalité maternelle à Médecins du Monde, il n'est pas rare qu'on me reproche, amicalement bien sûr, de ne voir la femme que comme un agent de reproduction ! J'accepte la critique, mais je trouve que la mortalité maternelle reste encore un des meilleurs indicateurs dont on dispose pour traduire les inégalités de santé. Certes, ce n'est que la partie émergée de l'iceberg, mais elle permet de traduire comment un système de santé fonctionne et dysfonctionne, depuis la communauté de base jusqu'à l'hôpital de référence. Bien sûr, il existe des déterminants socio-économiques de la santé, mais je trouve qu'il serait tout autant dommageable de réduire les inégalités auxquelles sont confrontées les femmes uniquement à données socio-économiques, ce qui reviendrait à exclure le genre...

Élodie Vialle

Pour conclure, je retiendrai de ce débat qu'il faut considérer la femme non plus comme un patient isolé, mais dans sa relation à l'autre, notamment à l'homme, qu'il soit mari ou conjoint. Il vous semble également nécessaire d'intervenir à plusieurs niveaux parce que, même si on parle des ONG médicales, la place de la femme se joue à

plusieurs niveaux, notamment socio-économiques. Quant au plaidoyer, il n'a de sens que basé sur l'action. Enfin, la scolarisation, l'éducation en général restent des objectifs fondamentaux sur lesquels il est nécessaire d'insister.